

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Hvilken kompetanse trenger sykepleier for å identifisere omsorgssvikt hos barn?



Det helsevitenskapelige fakultet
Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 11.05.21

X *Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet*

FORORD

Se meg - vær min ene

En bråkete jente, en stille gutt.

Et barn fylt av sinnets uregjerlige krutt.

Et blåmerke synes, et vikende blikk.

Tvilen om hvorfor er som et stikk.

Hver en kan vi hjelpe, hver en kan vi gi.

Det lille som trengs for å få de på gli.

Du kan tro hva du vil, du kan gjette og mene.

Vi kan alle bety noe - være den ene.

Den ene som ser, den ene som lytter.

Den ene som mot det vonde beskytter.

Den ene som byr på en arm og en klem

Den ene som hjelper de opp og frem

- @semegprosjektet (2013).

Sammendrag

Bakgrunn

Omsorgssvikt er et stort og omfattende problem som kan være vanskelig å oppdage. Sykepleiers kunnskap er avgjørende for tidlig identifisering. Erfaringer gjennom praksis og dagens pandemi setter sterkere fokus på temaet.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse hvilken kompetanse sykepleiere trenger for å identifisere omsorgssvikt hos barn.

Metode

Metoden vi har brukt er integrativ litteraturoversikt. Vi har besvart oppgaven ved bruk av fem forskningsartikler, og analysert disse etter Fribergs analysemodell. I tillegg har vi supplert med relevant faglitteratur og egne erfaringer for å støtte opp under besvarelsen.

Resultat

Resultater fra studien viser at sykepleier trenger kunnskap om risikofaktor, gjenkjenning og hvordan man skal forholde seg til mistanken om omsorgssvikt videre i systemet. Sykepleier står i en unik posisjon når det kommer til å fange opp omsorgssvikt.

Nøkkelord: Omsorg, Omsorgssvikt, Barn, Sykepleier, Forsømmelse, Vold, Seksuelle overgrep, Lovverk, Varsling, Tverrfaglig samarbeid.

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Begrepsavklaringer	7
1.2.1 Omsorg	7
1.2.2 IMRaD	7
1.3 Problemformulering	7
1.4 Hensikt med oppgaven	7
1.5 Oppgavens oppbygning	8
2.0 TEORIKAPITTEL	9
2.1 Omsorgssvikt	9
2.1.1 Forsømmelse	9
2.1.2 Fysisk og psykisk vold	10
2.1.3 Seksuelle overgrep	10
2.2 Sykepleiers funksjon	10
2.2.1 Taushetsplikt, opplysningsplikt og meldeplikt	11
2.3 Kari Martinsens omsorgsfilosofi og Levinas´ etikk	12
3.0 METODE	14
3.1 Hva er metode?	14
3.2 Valg av metode	14
3.3 Litteratursøk	15
3.3.1 Valg av databaser	15
3.3.2 Valg av søkestrategi	15
3.3.3 Valg av søkeord	16
3.3.4 Valg av artikler og analyse	16
4.0 RESULTATER	18
4.1 Faktorer som kan føre til omsorgssvikt	19
4.1.1 Risikofaktor hos sykepleier	19

4.1.2 Risikofaktor hos barnet	20
4.1.3 Risikofaktor hos foreldre	20
4.2 Å gjenkjenne tegn på omsorgssvikt	21
4.2.1 Forsømmelse	21
4.2.2 Fysisk og psykisk vold	22
4.2.3 Seksuelle overgrep	22
4.3 Kjennskap om ytre rammer og føringer	23
4.3.1 Lovverk	23
4.3.2 Varsling	24
4.3.3 Tverrfaglig samarbeid	25
5.0 DISKUSJON	26
5.1 Metodediskusjon	26
5.2 Resultatdiskusjon	28
5.2.1 Faktorer som kan føre til omsorgssvikt	28
5.2.2 Å gjenkjenne tegn på omsorgssvikt	31
5.2.3 Kjennskap om ytre rammer og føringer	32
5.2.4 Kari Martinsens omsorgsfilosofi og Levinas´ etikk	34
6.0 ANVENDELSE AV RESULTATENE I PRAKSIS	37
7.0 LITTERATURLISTE	39

Antall ord: 9736

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Omsorgssvikt er et utbredt problem med store mørketall. Ofte ser en kombinasjoner av ulike former for omsorgssvikt, dermed kan det være problematisk å oppdage dette (Grønseth & Markestad, 2019, s. 345). Det tolkes som at sykepleier opplever det utfordrende å gripe inn i situasjoner der det mistenkes omsorgssvikt, og at sykepleieres kunnskap ikke er tilstrekkelig. På bakgrunn av dette ønsket vi å undersøke hvilken kunnskap sykepleier trenger for å identifisere omsorgssvikt. Temaet har blitt lite belyst gjennom utdanningen, på tross av at sykepleier har et juridisk ansvar. Erfaringer gjennom eget arbeid på Legevakt vekker en interesse for temaet, da dette er en unik arena for å avdekke omsorgssvikt.

Under covid-19 pandemien har temaet fått mer fokus, blant annet ettersom at barn tilbringer mer tid i hjemmet. Forskning viser at under pandemien er antall rapporter angående mishandling av barn blitt redusert. Dette på grunn av at skoler og barnehager har vært stengt og ikke hatt mulighet til å fange dette opp (Forskning, 2021). Samtidig meldte 1/3 barn i fra om overgrep eller vold ved nedstenging av skole og barnehage (Lie, 2021). Slik tolkes det at identifisering av omsorgssvikt blir vanskeligere. Når barnehager og skoler er stengt, blir helsevesenet en større og viktigere arena for å fange opp problemet.

I Stavanger Aftenblad 30. mars 2021 presenterer Lars Conrad Moe, klinikkssjef ved psykisk helsevern for barn og unge på SUS, at de har hatt en økning i henvisninger det siste året. Henvisningene har økt med 78% fra mars 2020 til mars 2021. "Vi er særlig bekymret for at flere kommer til oss med traumer, som volds- og overgrepssproblematikk" (Pettersen, 2021). Disse ferske tallene viser at temaet er svært aktuelt i dagens samfunn.

1.2 Begrepsavklaringer

1.2.1 Omsorg

“Omsorg er et grunnleggende fenomen ved den menneskelige eksistens og samhandling, og utgjør dermed også grunnlaget for sykepleie” (Grimsbø, 2017, s. 56). Martinsen presiserer omsorgens forskjellige kvaliteter som fellesskap, solidaritet, forståelse og holdning (Grimsbø, 2017, s. 56).

1.2.2 IMRaD

Forskningsartikler er ofte bygget opp etter IMRaD-strukturen. Den står for Introduksjon, Metode, Resultat og Diskusjon (Dalland, 2018, s. 163).

1.3 Problemformulering

“Ett av fem barn blir slått, kløpet eller lugget” (Folkehelseinstituttet, 2019). Sitatet underbygger omfanget av problemstillingen, og begrunner viktigheten av temaet. Vold og misbruk kan oppleves i alle aldre, men vi valgte å avgrense problemstillingen til omsorgssvikt rettet mot barn. Barn har ikke den samme forutsetningen for å sette ord på hendelser, og derfor kan sykepleiere være barnets talsperson. Vi vet at tidlig intervensjon kan være avgjørende for å redusere barnets senskader. Problemformuleringen tar ikke for seg behandling og oppfølging av barnet, da dette ikke er en like sentral sykepleieroppgave. Sykepleierens rolle innebærer i større grad å oppdage problemet og melde fra til barnevernet. Det er utfordrende å finne et begrep som er bredt nok til å dekke dette temaet. Vi har i oppgaven vår valgt å bruke begrepet omsorgssvikt som vil omfavne forsømmelse, vold, overgrep og andre generelle forhold som kan skade barnets utvikling og helse.

1.4 Hensikt med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å belyse hvilken kompetanse sykepleiere trenger for å identifisere omsorgssvikt hos barn, og med dette gi temaet rundt omsorgssvikt et større fokus.

1.5 Oppgavens oppbygning

Videre i oppgaven følger et teorikapittel med relevant bakgrunnskunnskap for vår oppgave. Her beskriver vi relevante begrep og lovverk, samtidig som det trekkes inn aktuelle sykepleieteoretikere. Deretter kommer metodekapitlet med beskrivelse av oppgavens metode og hvordan vi kom frem til valgte artikler. Videre presenteres resultatene med hovedfunn og underkategorier, etterfulgt av diskusjonskapittel. I diskusjonskapitlet drøfter vi metoden, resultatene og supplerer med relevant teori og egne refleksjoner. Vi diskuterer hvordan vi som sykepleier kan møte barnet på en omsorgsfull måte. Til slutt avslutter vi med hvordan oppgaven vår kan anvendes i praksis og kommer med konkrete forslag til forbedring.

2.0 TEORIKAPITTEL

I teorikapitlet ønsker vi å tilføre teori til oppgavens tema. “Sykepleiens samfunnsmandat omfatter pleie av mennesker som trenger ulike former for hjelp, enten på grunn av sykdom eller skade, eller fordi de er i en spesielt utsatt og belastende livssituasjon” (Grimsbø, 2017, s. 13). Barn utsatt for omsorgssvikt oppleves å være i en vanskelig livssituasjon, og sykepleiers omsorg for barn er en sentral sykepleieroppgave. Videre i kapitlet gjør vi rede for ulike former for omsorgssvikt, beskriver sykepleiens funksjonsområde og trekker inn gjeldende lovverk. Til slutt beskriver vi Kari Martinsens omsorgsfilosofi og Levinas’ etikk, med fokus på relasjon, sansing, sårbarhet og den andres ansikt.

2.1 Omsorgssvikt

Ordet omsorgssvikt blir sett på som et relativt begrep, og det finnes en rekke ulike definisjoner. Foreldre som utøver omsorgssvikt vil i mange tilfeller ikke forstå betydningen de som foreldre har for barnets utvikling (Kvello, 2011, s. 201). Effektene av omsorgssvikt kan vise seg i ulike symptomer, og konsekvensene det kan føre til kan være omfattende og detaljerte (Kvello, 2011, s. 207). I denne oppgaven har vi valgt å bruke omsorgssvikt som et dekkende begrep for følgende underpunkter.

2.1.1 Forsømmelse

Forsømmelse handler om at barnets grunnleggende behov ikke blir ivaretatt og innebærer ofte mangel på handling. Symptomene på forsømmelse kan være diffuse (Grønseth & Markestad, 2019, s. 346). Det kan være mangel på fysiske behov som at barnet ikke får tilstrekkelig næringsrik mat, stell, hygieniske behov og hensiktsmessig påkledning. At barnet ikke får dekket medisinske behov som lege- og tannlegebesøk kan også være tegn på forsømmelse. Forsømmelse kan også være av psykisk eller emosjonell betydning. Dette kan innebære å ignorere barnets kontaktsøking, overse signaler og vise mangel på kjærighet (Kvello, 2011, s. 34).

2.1.2 Fysisk og psykisk vold

Vold blir ofte omtalt som fysiske slag og spark, men psykisk vold som for eksempel trakassering og trusler, kan også definere begrepet. Fysisk vold kan være aggressiv oppførsel, som det å kaste gjenstander, slå, riste, klype, bite og sparke. Psykisk vold kan innebære blant annet latterliggjøring, trusler, kontrollerende oppførsel og stygg språkbruk. Denne typen vold kan være noe av det mest skadelige et barn kan bli utsatt for (Nordhaug, 2018, s. 28-36). Ut fra dette oppleves vold som et vidt begrep. Nordhaug (2018, s. 28) skriver at klimaet som skapes i familien og den frykten et barn kan gå med, er ofte det mest skadelige. “Det er viktig å forstå at det mest utsette valdsofferet i samfunnet vårt er barn. Barn blir slått og skadet i mykje større omfang enn vi liker å ta innover oss” (Nordhaug, 2018, s. 35).

2.1.3 Seksuelle overgrep

Seksuelle overgrep defineres som “å utnytte barn for sin egen eller andres tilfredsstillelse” (Kvello, 2011, s. 35). Begrepet kan omhandle vaginal, oral og anal stimulering, eller seksuell utnyttelse i form av å ta bilder eller video (Kvello, 2011, s. 35). Dette er handlinger som krenker barnets seksuelle integritet, og som barnet ikke kan forstå eller er modent for. Seksuelle overgrep fra personer som er i nær relasjon til barnet, for eksempel et familiemedlem, utgjør en stor andel av overgrepene. I dagens samfunn er sosiale medium populært blant barn og unge, som igjen kan føre til at barn blir utsatt for seksuelle overgrep (Nordhaug, 2018, s. 38-45). Barn kan være sårbare eller ensomme, noe som kan utnyttes av overgriperen. ”Seksuell overgrep mot barn er en kriminell handling, uansett hva bakgrunnen er” (Aasland, 2014, s. 49).

2.2 Sykepleiers funksjon

Sykepleie er et av de eldste yrkene i samfunnet og ivaretar bestemte funksjoner. Eksempel på noen funksjonsområder er helsefremming, rehabilitering, forebygging, behandling og fagutvikling. Til tross for at funksjonsområdene er atskilt, inngår alle som en “*integrert helhet*” i sykepleiepraksis (Grimsbø, 2017, s. 27). Grunnlaget for sykepleieutøvelse er respekt, iboende verdighet og det enkelte menneskets liv. Andre viktige verdier og aspekter

er omsorg og barmhjertighet, innlevelsessevne og sanselig forståelse (Grimsbø, 2017, s. 15-22).

“Sykepleiere har ansvar for viktige samfunnsoppgaver, og er gitt sitt mandat gjennom lovverk og retningslinjer som beskriver helsetjenestens mål og virksomhet” (Grimsbø, 2017, s. 193). I tillegg har sykepleier andre arbeidsområder i helsetjenesten, som for eksempel satsing på barn og unges helse. “Norske barn har god fysisk helse, men mange vokser opp under risikable forhold ... For å hindre problemer senere i livet er det avgjørende at problemene avdekkes tidlig, og at god oppfølging gis” (Grimsbø, 2017, s. 202).

Alvsvåg (2013, s. 185-186) skriver at en konkret situasjon alltid vil være unik. Sykepleieutøvelsen innebærer dermed å ha innsikt i enhver situasjon. Innsikt er noe vi tilegner oss gjennom erfaring. Ved å vurdere den konkrete handlingssituasjon, og konferere med fagkunnskap og tidligere erfaringer, vil sykepleier på best mulig måte gjøre en menneskelig forskjell. Elstad (2014, s. 31) forteller i likhet med Alvsvåg (2013) at den sykepleiefaglige observasjonen skal være klassifiserende, registrerende, åpen og mottakelig, og at kunnskap og erfaring er nødvendig.

2.2.1 Taushetsplikt, opplysningsplikt og meldeplikt

Alt helsepersonell har som hovedregel lovpålagt taushetsplikt. Den “skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell” (Helsepersonelloven, 1999, §21). Hvis pasienten samtykker til at opplysninger deles med andre, bortfaller taushetsplikten (Molven, 2017, s. 200).

Taushetsplikten kan måtte vike hvis behovet for å beskytte pasienten veier tyngre. Helsepersonell har opplysningsplikt og meldeplikt til barnevernet når de har mistanke om, eller “grunn til å tro” (Helsepersonelloven, 1999, §33), at barn blir mishandlet eller utsatt for alvorlig omsorgssvikt. Sykepleiere har både plikt til å svare på spørsmål fra barnevernet, og plikt til å melde på selvstendig initiativ (Molven, 2017, s. 110-112). Helsepersonell har opplysningsplikt på grunn av at de får adgang til en rekke opplysninger gjennom deres arbeid. Det kan være opplysninger om forhold i barnets omsorgssituasjon (Homlong,

Fredheim & Knudsen, 2019, s.1). Dermed er det viktig at sykepleier har kunnskap om regler og lovverk.

2.3 Kari Martinsens omsorgsfilosofi og Levinas' etikk

Martinsens omsorgsfilosofi handler i stor grad om å ivareta pasientens behov på en verdig måte. Hun presiserer at “*det kunne like gjerne vært deg*” (Grimsbø, 2017, s. 18), og at mennesker behøver hverandre (Grimsbø, 2017, s. 18). Videre handler omsorg om å knytte bånd, relasjoner og avhengighetsforhold. Martinsen poengterer at relasjoner og avhengighet er grunnleggende i et menneskes liv. Tillit er et fundamentalt fenomen som gir grunnlag for et godt pleieforhold (Martinsen, 2012, s. 136-137).

Praktisk-moralsk handlingsklokskap eller personorientert profesjonalitet er begrep Martinsen bruker. Disse begrepene innebærer sykepleierens evne til å kombinere fagkunnskap, handling og etikk (Alvsvåg, 2013, s. 191). Man må dermed handle ut fra den enkelte situasjon, både faglig og sanselig. Sykepleier må utvikle evnen til å forstå det en ser (Grimsbø, 2017, s. 169). I tillegg må sykepleier ha evne til å bruke sansene og faglig skjønn til å forstå inntrykkene pasienten gir. Inntrykkene kan uttrykkes gjennom sanser, kropp eller språk. Det kan være et ansiktsuttrykk, et godt grep, en lukt eller ord (Grimsbø, 2017, s. 61).

Martinsen forteller videre om det sårbare liv, som på den ene siden kan oppleves som en styrke, mens på den andre siden kan være en svakhet. Eksempelvis forteller Martinsen at sårbarheten kan ødelegge oss. Likevel er sårbarhet nødvendig for omsorg for andre. “At sykepleieren makter å forholde seg til både pasientens og sin egen sårbarhet i helsevesenets rom, er av fundamental betydning for pasienter og pårørende” (Martinsen, 2012, s. 12).

Martinsen (1995) forteller at “Den andres ansikt gjør meg ansvarlig ... Tilliten ligger allerede i den andres ansikt, appellen lyser ut av ansiktet og kaller på barmhjertighet. I ansiktet, i synet er det en utleverthet, og i denne utlevertheten ligger etikken” (Brinchmann, 2017, s. 115). I tråd med den andres ansikt, forteller Martinsen om å se med hjertets øye. “Vi kan også si det slik at med et hjertelig deltakende øye setter sykepleieren seg i en posisjon der en kan bli den sykes tillit verdig” (Martinsen, 2008, s. 9). Dessuten forteller Levinas' etikk at vi må tørre å bevege synet i rommet, for stirrer en på et ansikt gjør vi menneske til et objekt. “I det

registrerende øye er medbetydningen borte ... Det er fiksert og har mistet åpenhet og variasjon” (Martinsen, 2008, s. 37).

Levinas var svært opptatt av ansvaret vi som sykepleiere har for de svake og lidende. Møtet mellom “jeg-et” og “den Andre” skaper bånd som innebærer et moralsk og etisk ansvar. Han ser på ansiktet som en gåte. Det fraværende i ansiktet, møte med det ubegripelige, sårbarheten, nakenheten og forsvarsløsheten (Brinchmann, 2017, s. 117-119). “Jeg tror at språkets begynnelse ligger i ansiktet. På en eller annen måte kaller det i sin taushet på en. Ens reaksjon på ansiktet er et svar. Ikke bare et svar, men et ansvar” (Brinchmann, 2017, s. 119).

3.0 METODE

3.1 Hva er metode?

Metode er oppgavens fremgangsmåte, og er et middel for å undersøke kunnskapens gyldighet (Dalland, 2018, s. 52). Samtidig kan metode defineres som å følge veien mot et mål (Dalland, 2018, s. 54). Det finnes ulike metoder til innhenting av data og informasjon vi trenger.

Kvalitative og kvantitative metoderetninger er kjente forskningsmetoder, og disse bidrar til å øke vår kunnskap (Dalland, 2018, s. 52).

Kvantitativ metode belyser fakta i form av målbare enheter, som for eksempel tall. Metoden presiserer videre det gjennomsnittlige og systematiske. Kvalitativ metode illustrerer fakta som gir oss forståelse og dybde, eksempelvis sammenheng og helhet. I tillegg kjennetegner kvalitativ orientering det særegne og følsomme (Dalland, 2018, s. 53).

For å skape en oversikt over kunnskapen innenfor fagområdet utføres en litteraturoversikt (Friberg, 2017, s. 141). Friberg beskriver en allmenn og en integrativ litteraturoversikt. Begge metodene gir oss en strukturert oversikt over litteraturen som finnes. En allmenn litteraturoversikt vil være en beskrivende presentasjon av fagstoffet. En integrativ oversikt vil i tillegg ta oppgaven et skritt lenger ved at man trekker sammenhenger, egne diskusjoner og konklusjoner (Friberg, 2017, s. 150-151).

3.2 Valg av metode

Vi har benyttet oss av integrativ litteraturoversikt og følger Fribergs metode. Metoden går ut på å finne relevante og avgrensede forskningsartikler ut fra en definert problemstilling. Deretter dannes det en oversikt over studienes innhold. Basert på artiklenes fellestrekk, ulikheter og resultater, skapes en ny helhet. "I en integrativ litteraturoversikt är det alltså nödvändigt "att dra slutsatser och verifiera" hur data hänger ihop. Det handlar om att identifiera underliggande mönster i data. Detta förutsätter tolkning och ytterst handlar det om att syntetisera det som studerats ... " (Friberg, 2017, s. 150). Med det som utgangspunkt kan vi gjennom analysen danne oss egne tolkninger. Metoden har egnet seg godt, da den har gitt oss økt kunnskapsforståelse, dybde og en ny helhet.

Vi har fortrinnsvis valgt å bruke artikler som har benyttet seg av kvalitativ metode for å belyse vår problemstilling. I tillegg har vi anvendt artikler som har brukt kvantitativ forskning, og dette gir oss tall på hvor stort problemet er. På tross av dette ønsket vi ikke å komme frem til et tallfestet resultat, men økt forståelse som bidrar til ny fagkunnskap. På bakgrunn av forskning basert på menneskelige erfaringer og opplevelser, ønsker vi å utdype sykepleiers kunnskap for å identifisere omsorgssvikt hos barn.

3.3 Litteratursøk

3.3.1 Valg av databaser

Vi opplevde at søk gjennom skandinaviske databaser ga et begrenset resultat. Dermed var ikke skandinaviske databaser tilstrekkelig for å besvare vår problemstilling, og slik forutsatte at vi også brukte internasjonale databaser. Databasene vi har benyttet oss av er Cinahl, Proquest, Pubmed og Sykepleien. Dette er helsefaglige databaser som er tilgjengelige fra biblioteket sine nettsider.

3.3.2 Valg av søkestrategi

Vi har anvendt strukturert litteratursøk med eksklusjons- og inklusjonskriterier for å finne relevant faglitteratur. Det at artiklene er fagfellevurdert er et viktig inklusjonskriterie som er blitt brukt. I tillegg ønsket vi nyere forskning, og med dette avgrenset vi søket til de siste ti år. Deretter gjorde vi geografisk avgrensning hvor vi ønsket å benytte oss av forskning fra Europa, Australia og USA. Dette for at forskningsfunnene skulle være relaterbare og overførbare til det norske helsevesenet. I tillegg valgte vi artikler som belyste problemet fra et sykepleieperspektiv. Dette for at hensikten med oppgaven vår er rettet mot sykepleier.

Søkefeltet er bredt og variert, gjennom søket fikk vi dermed også opp artikler som ikke svarer tilfredsstillende på vår problemstilling. Flere av artiklene omhandler helsesykepleierens rolle hos barn. Vi ønsket å øke kompetansen til sykepleiere uten spesialisering, og valgte dermed å ikke bruke artikler som var spesifikt rettet mot helsesykepleiere. Videre er det flere av artiklene som har utført forskningen sin i Asia. I tillegg tar mange artikler kun for seg en spesiell form for omsorgssvikt, for eksempel seksuelle overgrep.

3.3.3 Valg av søkeord

For å avgrense søket brukte vi relevante søkeord relatert til problemstillingen og hensikten med oppgaven. Vi fokuserte på ordene omsorgssvikt og misbruk. Temaet er svært relevant i skole og barnehage, dermed benyttet vi oss av ordet “nurse” i alle søk, for å få relevante artikler rettet mot sykepleiers rolle. Ettersom vi brukte internasjonale databaser valgte vi fortrinnsvis å benytte oss av engelske søkeord.

Ved søking i databasen Cinahl benyttet vi oss av søkeordene “Child abuse AND nurse” og inkluderte kun artikler fra Europa. Dette ga treff på 83 artikler. Her fant vi artiklene “Safeguarding the welfare of children: what is the nurse’s role?” og “Barn som far illa i sin hemmiljö - BVC-sjuksköterskors upplevelser av att möta og hjälpa barnen”. Videre fant vi artikkelen “Se tegnene på omsorgssvikt!” ved å bruke Sykepleien.no og søkeordet var “omsorgssvikt” som ga 22 treff. Ved å bruke databasen ProQuest med søkeordene “Child abuse AND neglect AND nurs* AND knowledge” og avgrense til forskning fra Europa, fikk vi 35 resultater, da fant vi artikkelen “Recognition of child maltreatment in emergency departments in Europa: Should we do it better?”. Avslutningsvis brukte vi databasen Pubmed og fant artikkelen “How do nurses keep children safe from abuse and neglect and does it make a difference?”, ved bruk av ordene “Child abuse AND nurse AND neglect”. Dette ga 19 treff.

3.3.4 Valg av artikler og analyse

Vi har valgt artikler som har problemstilling og nøkkelord som samsvarer med vår hensikt for oppgaven. Artiklene er godt strukturerte og har en troverdig referanseliste, samtidig som resultatene er relevante og overførbare til egen praksis. Alle artiklene er fagfellevurdert, og dette øker kvaliteten på resultatene.

Ifølge Friberg (2017, s. 135) er analysen et arbeid som beveger seg fra en helhet til mindre deler, og deretter til en ny helhet igjen. Denne nye helheten skapes ut fra essensen fra hver artikkel. Gjennom analyse av artiklene fant vi flere hovedfunn med underkategorier. Ved å lese artiklene grundig flere ganger, fant vi nøkkelfunnene i resultatene som ga grunnlag for å sammenligne resultatene opp mot hverandre.

Tabell 1: oversikt over artikler.

Forfatter	Tittel	Metode	Perspektiv	Database
El-Radhi, A. S. (2015).	Safeguarding the welfare of children: what is the nurse's role?	Kvalitativ	Sykepleie	CINAHL
Hoedeman, F., Puiman, P. J., Smits, A. W., Dekker, M. I., Diederich-Lolkes de Beer, H., Larbi, S., Lauwaert, D., Oostenbrink, R., Parri, N., Garcia-Castrillo Riesgo, L. & Moll, H. A. (2021).	Recognition of child maltreatment in emergency departments in Europa: Should we do it better?	Kvantitativ	Sykepleie	ProQuest
Lines, L., Grant, J. & Hutton, A. (2018).	How do nurses keep children safe from abuse and neglect and does it make a difference?	Kvalitativ	Sykepleie	PubMed
Söderman, A. & Jackson, K. (2011).	Barn som far illa i sin hemmiljö - BVC-sjuksköterskors opplevelser av att möta og hjelpe barnen.	Kvalitativ	Sykepleie	CINAHL
Thorvaldsen, I. R. & Kirchhoff, J. W. (2017).	Se tegnene på omsorgssvikt!	Kvantitativ	Sykepleie	Sykepleien forskning

4.0 RESULTATER

Ut fra analysen har vi valgt å presentere funnene kategorisk. Vi har definert tre hovedfunn med flere underkategorier. Disse blir nærmere beskrevet videre i dette resultatkapitlet.

Tabell 2: oversikt over hovedfunn og underkategorier.

HOVEDFUNN	UNDERKATEGORIER
Faktorer som kan føre til omsorgssvikt	Risikofaktor hos sykepleier Risikofaktor hos barnet Risikofaktor hos foreldre
Å gjenkjenne tegn på omsorgssvikt	Forsømmelse Fysisk og psykisk vold Seksuelle overgrep
Kjennskap om ytre rammer og føringer	Lovverk Varsling Tverrfaglig samarbeid

Tall fra undersøkelser viser at sykepleiere i løpet av karrieren må ta stilling til mistanke om barn som blir utsatt for omsorgssvikt. 75% av sykepleiere ved legevakt i Østfold svarte på undersøkelse at de har hatt mistanke om omsorgssvikt hos barn. Samtidig er det 117 millioner barn under 18 år i Europa som opplever barnemishandling. Med dette oppstår 850 dødsfall i året relatert til barn under 15 år (Hoedeman, Puiman, Smits, Dekker, Diederich-Lolkes de Beer, Larbi, Lauwaert, Oostenbrink, Parri, Garcia-Castrillo Riesgo & Moll, 2021, s. 2). Dermed trenger sykepleier kunnskap om risikofaktorer, kjennetegn og om hvordan man skal forholde seg til mistanken videre i systemet (Thorvaldsen & Kirchhoff, 2017, s. 9).

4.1 Faktorer som kan føre til omsorgssvikt

Analyse av studienes resultat belyser at sykepleier trenger mer kunnskap om risikofaktorer, både relatert til sykepleier, barn og foreldre. Kunnskap om risikofaktorer kan bidra til forebygging og tidlig identifisering av omsorgssvikt (El-Radhi, 2015, s. 770). Risikofaktorer kan være multifaktorielle og avhenger av flere elementer (Lines, Grant & Hutton, 2018, s. 75). Dermed har vi valgt å dele kapitlet inn i underkategorier for å systematisere funnene.

4.1.1 Risikofaktor hos sykepleier

Sykepleier er den største gruppen av helsearbeidere som har hyppig kontakt med barn som er utsatt og i risiko for å bli utsatt for barnemishandling (Lines et al., 2018, s. 75). Söderman og Jackson (2011, s. 38) forteller at sykepleiers relasjon til familien kan være av betydning, samtidig som tillit til egen intuisjon bidrar til å avgjøre beslutninger. Dette kommer også frem i studien til Lines et al. (2018, s. 79), at man må bygge et tillitsfullt forhold for å klare møte familienes individuelle mål og behov. Støtte fra kollegaer er viktig, da sykepleiere kan påvirkes av vanskelige følelser relatert til den utfordrende situasjonen. Sykepleiers egen smerte kan føre til feilbedømming i situasjonen, og at barnets problem blir bagatellisert. Håndtering av egne følelser er dermed av betydning (Söderman & Jackson, 2011, s. 38).

Sykepleiers selvtillit, usikkerhet og opplevelse av utilstrekkelighet kan være en risikofaktor. Det kan føre til at sykepleier ikke oppretter kontakt med andre nettverk og profesjoner. Ei heller melder bekymring til barnevernet. Forskning viser at sykepleier har varierende selvtillit relatert til de ulike formene for omsorgssvikt. I studien til El-Radhi (2015, s. 770) kommer det frem at sykepleier har mer selvtillit ved rapportering av seksuelle overgrep, sammenlignet med forsømmelse. Støtte fra andre kollegaer og instanser kan gjøre at sykepleier opplever større tro på egen evne. Den enkeltes sykepleiers ansvarsfølelse og drivkraft kan påvirke hvor sterkt en lar seg gripe inn i situasjoner (Söderman & Jackson, 2011, s. 39-42).

I studien til Thorvaldsen og Kirchhoff (2017, s. 9) kommer det frem at en risikofaktor hos sykepleiere er at de er usikre. De har varierende og reduserte kunnskap om å identifisere tegn og symptomer på omsorgssvikt. Å høyne kunnskapen blant sykepleierne vil bidra til å redusere mørketall når det kommer til varsling. Sykepleiers erfaring kan også medvirke til økt

kunnskap og handling. I studien til Söderman og Jackson (2011, s. 40) var det flere som opplevde å kjenne igjen situasjoner rundt omsorgssvikt ved hjelp av erfaring.

4.1.2 Risikofaktor hos barnet

Söderman og Jackson (2011) presiserer at misforhold i nærmiljø kan føre til avvik i barnets utvikling. Oppvekst i et sårbart familiemiljø har stor påvirkning på barnets psykiske helse. Ettersom familien utgjør den største delen av barnets miljø, er dette den største risikofaktoren for barnet. Det er viktig å støtte familien slik at det skapes et sunt miljø for barnet å vokse opp i. Resultatene viser også at barn kan bli mishandlet uten å vise tydelig symptom, dermed kan et rolig barn være i risiko for å ikke bli fanget opp (Söderman & Jackson, 2011, s. 38).

I studien til El-Radhi (2015, s. 770) defineres risikofaktorer hos barnet som fysisk eller psykisk utviklingshemming, kronisk sykdom, lærevansker, prematuritet og dårlig hygiene. Dette er punkter sykepleier bør ha kunnskap om for å være observant på tegn som kan oppstå. Söderman og Jackson (2011, s. 38) presenterer også i likhet med El-Radhi (2015) risikofaktorer som utviklingshemming, utviklingsforsinkelser og medisinske helseproblemer.

4.1.3 Risikofaktor hos foreldre

I følge Hoedeman et al. (2021, s. 1-2) er barn av høyrisiko foreldre utsatt for å bli ofre av barnemishandling. Studien gir sykepleiere ved akuttmottak i hele Europa 4 spørsmål basert på foreldrenes kjennetegn. Spørsmålene definerer risikofaktorer hos foreldre som psykiske problemer, rusmisbruk, tidligere historie med vold i hjemmet og/eller emosjonell ustabilitet. I resultatene kommer det frem at kun 31,8% hadde retningslinjer knyttet til å fange opp risikofaktorer hos foreldrene, og totalt 71,9% ga uttrykk for at de trengte mer trening rundt identifisering av risikofaktorer.

El-Radhi (2015) skriver om flere risikofaktorer blant foreldre. Han trekker som Hoedeman et al. (2021) inn vold, rusmisbruk og psykiske problemer som sentrale faktorer. I tillegg påpekes det at unge foreldre og aleneforsørgere har forhøyet risiko (El-Radhi, 2015, s. 770). I studien til Lines et al. (2018, s. 80) blir også disse risikofaktorene presentert. Kunnskap hos foreldre, oppførsel- og respons, samt tilrettelegging av hjemmemiljø er eksempel på andre risikofaktorer. Studien presenterer videre risikofaktorer hvor sykepleier utgjør en forskjell,

for eksempel foreldrenes kunnskap, stress og humør. Kartlegging rundt mors amming av barnet ser i tillegg ut til å påvirkes, da dette blir presentert i studien til Lines et al. (2018, s. 81).

Sosial brukerstøtte, familierelasjoner og vergens psykiske stress er av betydning relatert til risikofaktorer hos foreldre (Söderman & Jackson, 2011, s. 38). Familiens økonomi, uførhet og hjemløshet kan påvirke barnets sannsynlighet for omsorgssvikt (Lines et al., 2018, s. 75). Selv om sykepleier er i stand til å påvirke risikofaktorer hos foreldre, viser resultatene at det er usikkert om dette hadde innvirkning på faktiske tilfeller av omsorgssvikt (Lines et al., 2018, s. 80).

4.2 Å gjenkjenne tegn på omsorgssvikt

Alle former for omsorgssvikt kan komme til uttrykk gjennom barnets helse, utvikling, oppførsel og opplevelse av verdighet. Følelser som engstelse, aggressivitet, passivitet og hyperaktivitet kan komme til uttrykk (Söderman & Jackson, 2011, s. 38). Sykepleier er godt plassert når det gjelder å identifisere barn som er utsatt for ulike former for omsorgssvikt. I tillegg finnes det veletablerte tegn på omsorgssvikt som sykepleier må lære seg å gjenkjenne. Disse bli nærmere beskrevet i følgende underkapitler.

4.2.1 Forsømmelse

El-Radhi (2015, s. 771) definerer forsømmelse som den vanligste formen for omsorgssvikt. Kjennetegn sykepleier kan se etter for å oppdage forsømmelse er unormal oppførsel hos barnet. Det kan inkludere unngåelse, inaktivitet, usikker fremtoning og dårlig sosial samhandling. Sykepleier kan også oppdage fysiske kjennetegn som dårlig hygiene og ikke-passende klær. Han trekker også frem det at barnet vil oppnå betydelig forbedring i livets milepæler med en gang barnet får tilstrekkelig omsorg og kjærighet.

Å gjenkjenne forsømmelse innebærer å se tegn på om barnet får mat, rene bleier og rene klær. Dette innebærer å se etter andre tegn enn sykdomstegn (Söderman & Jackson, 2011, s. 39-41). Det er sentralt at sykepleier har kunnskap om typisk og atypisk utviklingstrekk hos barn. Man må også observere skadelig og unormalt samspill mellom barn og omsorgspersoner (Hoedeman et al., 2021, s. 6).

4.2.2 Fysisk og psykisk vold

I studien til Söderman og Jackson (2011, s. 39) beskrives det at synlige skader med uforklarlig bakgrunn kan være et tegn på vold. Hoedeman et al. (2021, s. 2) trekker også frem viktigheten av å kartlegge skader med uforklarlig bakgrunn. I tillegg bør foreldre som søker helsehjelp for sent vurderes som faresignal. Tegn på fysisk vold kan være blåmerker på sjeldne områder, gjerne formet som hender, fingre eller belte. Menneskelige bitemerker, sigarettforbrenninger, uforklarlige beinbrudd og sorte øyne er også tegn på fysisk vold (El-Radhi, 2015, s. 770). Symptomene er gjerne kombinert med vanskelige følelser og oppførsel hos barnet (Söderman & Jackson, 2011, s. 39).

Psykisk vold kan være vanskelig å oppdage. Kjennetegn kan være endret emosjonell utvikling, utviklingsforstyrrelse, annerledes atferd, aggresjon og tilbaketrekking. Det kan også innebære at barnet blir pålagt upassende alders- og utviklingsmessige forventninger. Som sykepleier må man også se etter dårlig samhandling mellom foreldre eller omsorgspersoner, og barnet. Det er viktig å være klar over at psykisk vold kan forekomme sammen med annen type omsorgssvikt (El-Radhi, 2015, s. 771).

4.2.3 Seksuelle overgrep

Seksuelle overgrep kan komme til uttrykk gjennom redusert psykisk- og emosjonell velvære (Lines et al., 2018, s. 79), og kan ofte være assosiert med andre typer misbruk (El-Radhi, 2015, s. 771). Tegn som sykepleier kan observere er smerter, blåmerker eller kløe i kjønnsorganene. Blødning og infeksjon rundt underlivet og kjønnsykdommer kan også være med på å avdekke seksuelle overgrep. I tillegg vil atferdsproblemer som selvskading, aggresjon, lemlesting, nedsatt søvn og dårlige skoleprestasjoner være punkter sykepleier bør være bevisst på (El-Radhi, 2015, s. 771).

Hoedeman et al. (2021, s. 2) presiserer i sin studie vanskeligheten av å gjenkjenne seksuelle overgrep, og begrunner dette med at overgrep ofte ikke er den primære grunnen til at barnet oppsøker lege. I akuttmottak blir ofte seksuelle overgrep feilrapportert, eller ikke nevnt i det hele. Samtidig rapporterer Lines et al. (2018, s. 79) at sykepleier spiller en viktig rolle i

vurderingen av barn og unge som er rammet av overgrep, og ivaretar ofte deres umiddelbare og emosjonelle behov.

4.3 Kjennskap om ytre rammer og føringer

Sykepleiers kunnskap om lovverk og varsling er avgjørende for om barnet får hjelp. Betydning av et velfungerende system preget av et støttende tverrfaglig samarbeid er nødvendig.

4.3.1 Lovverk

Söderman og Jackson sin studie (2011, s. 38) forteller at sykepleier skal være barnets talsperson. Samtidig har sykepleier ansvar for å reflektere over omsorg i et barneperspektiv, da økt bevissthet kan bidra til å forbedre verden. El-Radhi (2015, s. 771) trekker også inn dette med at sykepleiere bør være talsmann for barnet, og lytte til hva det har å si.

Meldeplikten spiller en viktig rolle i lovverket, og plikten bidrar til at barn som opplever omsorgssvikt har mulighet til å få hjelp (Söderman & Jackson, 2011, s. 40). Barns rettigheter kan også ses i tråd med barnekonvensjonens artikkel nr. 6, som omhandler barns rett til liv og utvikling. Artikkel 19 er også av betydning, da den konkret beskriver forebygging mot misbruk (Söderman & Jackson, 2011, s. 41).

Det er viktig at sykepleier har kunnskap om system og er spesielt klar over taushetsplikten. Hemmelighold av opplysninger og dokumenter er en sentral tillit innbyggerne har til helsevesenet (El-Radhi, 2015, s. 769). El-Radhi (2015, s. 769) definerer noen punkter der informasjon kan bli delt. Dette er hvis det er lovpålagt, hvis pasienten samtykker til det eller det er berettiget av offentlig interesse.

4.3.2 Varsling

Gjennom risikofaktorer hos sykepleier har en sett at god støtte er betydelig for riktig varsling, men også gode rutiner rundt varslingen er avgjørende. Studier viser at sykepleier opplevde at det kjentes bra etter å ha varslet en mistanke (Söderman & Jackson, 2011, s. 38-40).

Utfordringer knyttet til gjenkjenning av omsorgssvikt fører til underrapportering av antall ofre. I tillegg kommer det frem at de fleste sykehus i Europa ikke har standard prosedyrer, barnebehandlingsteam, registreringssystem eller opplæringsprogram når det kommer til varsling (Hoedeman et al., 2021, s. 13). 28,6% brukte screeningverktøy for å avdekke barnemishandling og 54,1% av deltakende sykehus anga at de hadde standard prosedyrer for varsling (Hoedeman et al., 2021, s.7).

Kunnskap, tiltro til barnevernet og frykt for konsekvenser er tre hovedårsaker som kan påvirke varsling når sykepleier mistenker omsorgssvikt. Analysen gjort av Thorvaldsen og Kirchhoff (2017, s. 7) viste at 71% varslet barnevernet når de hadde mistanke om omsorgssvikt. Det kommer også frem at majoriteten hadde tiltro til barnevernet og at frykten for konsekvenser ikke påvirket dem.

Ved mistanke om barnemishandling påpekes det av El-Radhi (2015, s. 771) at sykepleier kan diskutere bekymringen med kollega. Det er også mulig i enkelte tilfeller å diskutere bekymringen med foreldre og/eller barnet. Sykepleier kan be om samtykke til henvisning videre til barnevernet, med mindre det vurderes at situasjonen vil gi barnet økt risiko for skade. Ved varsling må sykepleier være kjent med lokale henvisningsordninger. Konfidensialitet og samtykke bør opprettholdes, men ved betydelige bekymringer må man varsle uten samtykke.

4.3.3 Tverrfaglig samarbeid

Forskning viser at sykepleiers rolle i et tverrfaglig støtteteam kan medvirke til å forsterke foreldrerollen til barnet, både gjennom følelsesmessig støtte og konkrete råd. Slik kan endring av oppdragelse og holdning bidra til å redusere barnemishandling (Söderman & Jackson, 2011, s. 38). Sykepleiere har en nøkkelrolle i møte med barn, og er den største gruppen helsearbeidere. Samtidig har sykepleier en unik rolle i å bygge og opprettholde forhold med familier (Lines et al., 2018, s. 75-81).

Undervisning og hjemmebesøk av sykepleier ser ut til å bidra til å trygge barn (Lines et al., 2018, s. 77). Mødre som får hjemmebesøk av sykepleier opplever på den ene siden forverring av depressive symptomer, mens på den andre siden viser mødrene høyere grad av respons til barnet. Samtidig opplever mange at sykepleierrollen preges av en iboende tillit, noe som igjen bekrefter sykepleiers nøkkelrolle i møte med barn (Lines et al., 2018, s. 80-81).

Thorvaldsen og Kirchhoff (2017, s. 4) henviser til en studie fra Nord-Irland der medarbeiderne hadde negative holdninger til barnevernet. Dette førte til at flere unnlot å varsle barnevernet ved mistanke. De hadde liten tillit til at barnevernet førte arbeidet videre. Dette poenget kommer også frem i forskningen til Söderman og Jackson (2011, s. 40). De påpeker at lite tilbakemelding og mangel på samarbeid med barneverntjenesten, ga sykepleier en større usikkerhet.

Söderman og Jackson (2011, s. 40) presenterer at opplevelsen av støtte fra andre nettverk, som for eksempel foreldregruppe, babycaféer og dagsenter kan ha positiv innvirkning på familien. Involvering av flere samfunnssektorer er en viktig ressurs for å ta hånd om problemet rundt omsorgssvikt (Lines et al., 2018, s. 75-79). Det er rapportert at sykepleiere er gruppen hjelpere som er involvert i de langsiktige behovene til ungdommer etter seksuelle overgrep, som for eksempel tilknytning til skolen. Sykepleiers opplevelse av støtte fra lærer til barnet, kan dermed være av betydning (Söderman & Jackson, 2011, s. 40).

5.0 DISKUSJON

I diskusjonskapitlet skal vi diskutere metode og resultat, og i hvilken grad disse samsvarer med hensikten på vår oppgave.

5.1 Metodediskusjon

Alle artiklene har svart godt på vår problemstilling. Vi opplever at de kvantitative artiklene har gitt oss et godt bilde på hvor mange barn som opplever omsorgssvikt. Dette gjør at vi får en økt forståelse over hvor omfattende problemet er. Samtidig presenterer artiklene utdypende informasjon, som bidrar til å svare på vår hensikt.

Gjennom bruk av litteraturbasert metode har vi vurdert oss frem til fem forskningsartikler. Vi anser dette som tilstrekkelig mengde artikler å jobbe med for å besvare oppgaven. Det er mye forskning innen temaet, hadde vi hatt mer tid ville vi med fordel analysert flere artikler for å kvalitetssikre resultatene våre. Vi ser at en ulempe med litteraturbasert metode er at vi selv har stor innvirkning på utfallet av resultat, da vi selv velger artiklene. I tillegg kan vi ha utelukket gode artikler som også kunne svart på vår hensikt. Sammenlignet med intervju som forskningsmetode, vil resultatene her være vanskeligere å forutse.

Som beskrevet under metodekapitlet har vi under søkeprosessen forholdt oss til inklusjons- og eksklusjonskriterier for å finne relevante forskningsartikler. Vi avgrenset søket til artikler som var nyere enn 10 år. Dermed har vi forskning som anses som relevant og oppdatert. På andre siden kan denne avgrensningen gjøre at vi unnlater gode og egnede artikler som er eldre enn 10 år. Vi valgte i tillegg å avgrense søket geografisk, og valgte artikler fra USA, Australia og Europa. Avgrensningen ble gjort med tanke på at resultatene skulle være overførbare til norsk helsevesen. Ulempen med avgrensningen kan være at vi belyser lite kulturforskjeller rundt problemet. Norge er et flerkulturelt samfunn, og vi kan med fordel lære mer om omsorgssvikt i forskjellige kulturer.

Flere av artiklene er på engelsk, en artikkel er på svensk og en på norsk. Dette gjorde at vi måtte sette av mer tid til analysearbeidet. Vi benyttet oss av ordbøker for å kvalitetssikre

språket, men vi kan ikke utelukke eventuelle feiltolkninger og erkjenner at misforståelser kan ha blitt gjort. Likevel vil vi presisere at vi har lagt god innsats i oversettelsesarbeidet.

Artiklene har ulike hovedfokus. Noen av artiklene har nøye beskrevet symptomene du bør gjenkjenne (El-Radhi, 2015), mens andre fokuserer mer på varsling og hvordan sykepleier bør gå frem ved mistanke om omsorgssvikt (Thorvaldsen & Kirchhoff, 2017) (Hoedeman et al., 2021). Basert på likhetene har vi benyttet tidligere beskrevet Fribergs analysemodell, og delt funnene inn i kategorier. Dataanalysen av resultatene er basert på vår tolkning og problemstilling, og hovedfunn med underkategorier hadde nødvendigvis ikke blitt de samme gjennom andres tolkning. På tross av at artiklene har ulik hensikt og hovedfokus, kom hovedfunnene forholdsvis tydelig frem ved analysering av innholdet.

Studiens forfattere og informanter jobber innen pediatrifagfeltet og akuttisykepleie. Alle forfatterne har høyere utdanning og relevant erfaring, i tillegg har flere doktorgrad og vitenskapelig kompetanse. Dette gjør at forfatterne fremstår som troverdige og kompetente. Alle artiklene følger mer eller mindre IMRaD- struktur, har et klart formulert språk og en utfyllende referanseliste. Vi så det som en fordel å inkludere relevante forskningsarenaer som for eksempel akuttmottak, legevakt og barneavdelinger. Dette er arena der personalet kommer i kontakt med den aktuelle pasientgruppen og er dermed godt egnet for å undersøke vår hensikt.

Thorvaldsen og Kirchhoff (2017) sin studie kan kritiseres for andelen informanter. Spørreskjemaet ble delt ut til 70 ansatte. Bare 24 sykepleiere svarte på undersøkelsen, dermed ga det en svarprosent på kun 34%. Dette anser vi som liten svarprosent og dermed kan det diskuteres om de som ikke valgte å svare gjerne ikke har varslet ved mistanke. Eventuelt kan de ha hatt lite kunnskap om problemområdet og derfor ikke valgt å være med på undersøkelsen. På andre siden får vi et godt tall på hvordan de som faktisk har varslet opplevde varslingen.

Vi har i tillegg bemerket oss at Söderman og Jackson (2011) sin studie har intervjuet seks kvinnelige barnesykepleiere i alder 45-64 år. Det kan tenkes at sykepleiere i denne alderen har tilegnet seg mye av kunnskapen sin gjennom erfaring, sammenlignet med en nyutdannet sykepleier. Dermed kunne resultatene kanskje vært annerledes dersom aldersgruppen ikke var så snever. Samtidig ga informantene oss gode svar på vår problemstilling.

Lines et al. (2018) sin studie er basert på tidligere forskning og identifiserer eventuelle hull i denne forskningen. Samtidig presenterer artikkelen anbefalinger for fremtiden. Vi ser at vi med fordel kunne valgt en artikkel som brukte eget forskningsmateriale, men vi mener at artikkelen skiller seg positivt ut og har resultater som belyser vår problemstilling. Artikkelen presenterer ryddig og troverdig funn som for eksempel sykepleiers respons.

Vi tenker at resultatene besvarer vår problemstilling og hensikt på en utfyllende og konkret måte. Hvis vi skal se på mangler i artiklene, kunne det også vært noe om kommunikasjon. Dette er et felt vi gjerne ville hatt mer kunnskap om. Vi har ikke fått noe kunnskap om hvordan sykepleiers kommunikasjon med barn og foreldre, kan bidra til å bekrefte eller avkrefte mistanke om omsorgssvikt. I studien til Hoedeman et al. (2021) kommer det frem at kommunikasjonstrening med barn som opplever omsorgssvikt, gjorde at sykepleiere følte større selvtillit. På denne måten blir kunnskap om kommunikasjon av interesse, da den henger sammen med vår problemstilling. Valg av andre søkeord ville gjerne gitt oss mer kunnskap om kommunikasjon. Likevel var det ikke dette vi i første omgang ville undersøke.

5.2 Resultatdiskusjon

Hensikten med oppgaven vår var å belyse hvilken kompetanse sykepleier trenger for å identifisere omsorgssvikt hos barn. Vi skal i følgende delkapittel diskutere i hvilken grad resultatene svarer på denne hensikten. I tillegg vil vi supplere med egne synspunkter og teori. Utover teorikapitlet har vi brukt forfattere som Ellington (2017), Caneira og Myrick (2015) og Legevakthåndboken (2018). Dette for å tilføre drøftingen mer teori. I drøftingen av resultatene vil vi ta utgangspunkt i artiklens hovedfunn. I tillegg har vi valgt å bruke Martinsens omsorgsteori og Levinas' etikk som et avsluttende punkt i drøftingen.

5.2.1 Faktorer som kan føre til omsorgssvikt

Foreldre og omsorgspersoner har sterk påvirkningskraft på barn og deres utvikling, dermed finnes flere av risikofaktorene innad i familien (Kvello, 2011, s. 182). Kvello (2011, s. 186) presenterer at økonomi og fattigdom gir økt risiko for omsorgssvikt. Dårlig økonomi øker familiens konfliktnivå. Lines et al. (2018) nevner i likhet med Kvello (2011) at sårbarheter i familien, som fattigdom, kan påvirke barnet. Ellers i forskningsartiklene blir fattigdom som risikofaktor lite belyst. Det kan tenkes at disse risikofaktorene kan være utfordrende for

sykepleier å fange opp, da det ofte er et tabubelagt tema som mange strekker seg langt for å skjule. Vi tror at mye av fattigdomsproblematikken henger sammen med forsømmelse. Foreldre vil gjerne bevisst eller ubevisst unnlate legebesøk, ikke gi næringsrik mat eller sesongbasert klær grunnet dårlig økonomi. I Norge er legebesøk gratis for barn opp til 16 år, men det kan tenkes at blant annet transport til og fra helsehjelp kan være en økonomisk belastning.

Enslige og unge foreldre som selv har opplevd omsorgssvikt utgjør en risikofaktor, i tillegg til foreldre med rusproblematikk og psykiatrisk sykdom (Grønseth & Markestad, 2019, s. 346). Ut fra resultatene til Hoedeman et al. (2021) var alkohol- og rusproblematikk, og psykisk sykdom to av de vanligste risikofaktorene. Det tolkes at disse foreldrene selv har dårlige barndomsminner som preger barnets oppvekst, og at de har lite forståelse for barnets behov. Slike risikofaktorer påvirker hvordan foreldre klarer å være tilstede for barna sine, både fysisk og emosjonelt, og har stor betydning for barnets utvikling. Ut fra disse funnene tror vi at foreldre med slike risikofaktorer har nok med å ta vare på seg selv, og setter ofte sine egne behov foran barnets.

I likhet med risikofaktorer hos barn som presenteres i resultatkapitlet, presiserer Nordhaug (2018, s. 42) at barn med utviklingshemming har større risiko for å bli utsatt for overgrep. Samtidig kan barn med særskilte behov som for eksempel lærevansker, utfordrende temperamentstyper og intellektuelle vansker, være i risikozonen. Dette kommer også frem i artikkelen til El-Radhi (2015). Det kan tenkes at barn med utviklingshemming er på et annet utviklingsnivå når det kommer til seksualitet, enn barn på samme alder. Vi tenker disse barna vil ha større utfordringer med å forstå alvoret og konsekvensene rundt et slikt overgrep. Et viktig sykepleiefokus i møte med disse barna, vil være å bruke sansene aktivt til å forstå det kroppslige uttrykket til barnet.

Grunnet den geografiske avgrensningen i litteratursøket vårt, har vi lite kunnskap om familier med innvandrerbakgrunn og den risikoen det utgjør. Norge er definert som et flerkulturelt samfunn (Kvillo, 2011, s. 189), dermed er det svært viktig at vi som sykepleiere har noe kjennskap til kulturforskjellene vi har i landet. Mange foreldre endrer barneoppdragelsen slik at barna skal lykkes i det norske samfunnet. På den andre siden har innvandrer- og flyktningfamilier høyt stress og flere belastninger, noe som gjør disse barna mer utsatt (Kvillo, 2011, s. 190). Barn med innvandrerbakgrunn er også mer utsatt for inntektsfattigdom

(Kvello, 2011, s. 185). Nordhaug (2018, s. 20) forteller at i flere kulturer er vold normalt i oppdragelsen av barn. Det kan være vanskelig å endre oppdragelsen, da de i enkelte land utøver vold i tro om at dette er det beste for barnet. Vi tror det vil være vanskelig som sykepleier å kunne endre deres kultur. Likevel er det viktig at vi er ekstra oppmerksomme på kulturforskjeller og at vi formidler hva som ikke er lov i vårt land. Dette kunne vi fått mer kunnskap om hvis vi hadde inkludert artikler fra kontinenter med annen kultur. Grunnet oppgave- og tidsbegrensning valgte vi å unnlate dette.

I resultatkapitlet belyses også sykepleiers risikofaktorer, og at disse kan være av betydning. Det kan innebære frykt for å bli møtt med uhensiktsmessige reaksjoner når en mistenker og antar barnemishandling (Grønseth & Markestad, 2019, s. 347). Dette kommer også frem i artikkelen til Söderman og Jackson (2011). Sykepleier kan oppleve sjokk, traumer og skremmende følelser. Vi står i en utsatt og sårbar situasjon i møtet med barnet. Når en jobber med mennesker i vanskelige situasjoner, tror vi det kan være vanskelig å ikke la seg bli følelsesmessig berørt. Vi må som sykepleier tørre å stå i situasjonen, men vi tenker at opplevelsen av kollegastøtte og tverrfaglige team vil være avgjørende.

Både artikkelen til Söderman og Jackson (2011) og Thorvaldsen og Kirchhoff (2017) sin studie, presenterer at erfaring er en viktig faktor for å gjenkjenne omsorgssvikt. Innsiktsbasert profesjonell praksis er et sentralt begrep, det omhandler handlingsdyktighet man har tilegnet seg gjennom erfaring, fagkunnskaper og refleksjon (Alvsvåg, 2013, s. 187). Gjennom egne erfaringer og kunnskap fra leste artikler, fremstår det mye usikkerhet rundt kunnskapen om å gjenkjenne omsorgssvikt. Å ha sett det før, eller varslet tidligere kan dermed tenkes å være en sentral faktor. Erfaringskunnskap er en stor del av kunnskapen til sykepleier. Dermed kan mangelen på erfaring gjøre at en sykepleier overser symptomer som bør gjenkjennes. Det å dele erfaringer med kollegaer vil også være med på å øke kunnskapen blant sykepleierne og kan gi erfaring fra praksisfeltet. Ut fra egen praksis opplever vi at erfaring gir økt trygghet og mer selvsikkerhet i ulike situasjoner. Egen erfaring viser at en prosedyre blir lettere hvis man har gjort den før. I dette tilfelle tror vi at varsling kan oppleves vanskeligere første gang.

5.2.2 Å gjenkjenne tegn på omsorgssvikt

Söderman & Jackson (2011) og El-Radhi (2015) beskriver flere gjenkjennelige tegn ved omsorgssvikt. Disse bekreftes også av Ellington (2017, s. 16-18). Eksempelvis kan komorbide psykiatriske lidelser, humørsvingninger, aggressiv oppførsel, nedsatt tilknytning til andre, somatiske plager, selvskading og dårlig prestasjon på skolen være tegn på omsorgssvikt. Slik oppsummeres mange komplekse kjennetegn, som igjen kan gjøre situasjonen vanskelig å identifisere. I tillegg har ikke barn et ordforråd som er tilstrekkelig til å sette ord på følelser, dermed uttrykker de seg ofte gjennom atferd eller stillhet. Likevel kan foreldres presentasjon av inkonsekvent informasjon vekke mistanke, som for eksempel ved å legge skyld over på barnet eller søsken. Dette kommer også frem i boken til Elstad (2014, s. 25). Som sykepleier må man lære seg barnets uttrykk, og dette kan være en utfordring.

Ettersom tegn på omsorgssvikt kan være komplekse og mangfoldige, tenker vi det er viktig med helhetlig datasamling. Kartlegging av søvn kan være en god datasamling for å vurdere omsorgssvikt. Caneira og Myrick (2015, s. 642) bekrefter et av våre funn fra studien til El-Radhi (2015), nemlig at seksuelle overgrep kan ses i sammenheng med søvnvansker. Søvnvansker kan også ses hos barn uten språk, da disse barna spesielt formidler seg gjennom atferd (Nordhaug, 2018, s. 21). Gjennom analysen av artiklene får vi kjennskap til noen tegn på seksuelle overgrep. Aasland (2014, s. 65) presenterer ulike signaler barn kan gi når de har blitt utsatt for seksuelle overgrep, og at signalene vil variere ut fra barnets alder. Små babyer kan få unormale brekninger og være svært redde når de legges på stellebordet. Større småbarn kan bli apatiske og gi lite kontakt ved småpratning eller øyekontakt. "Barn kan føle seg medskyldige i det uforståelige som har skjedd" (Aasland, 2014, s. 66). Andre gjenkjennelige tegn kan være barn som uttrykker regresjon, mareritt, depresjon, atferdsendring, seksuell utagering, uttrykksløshet eller angst. Mange kaster opp etter seksuelt overgrep, og slik kan dårlige tenner være et kjennetegn (Aasland, 2014, s. 81). Kunnskap om disse kjennetegnene kan bidra til at sykepleier har mulighet til å gjenkjenne omsorgssvikt. Vi opplever at sykepleier gjerne har vanskeligheter og utfordringer med å innse denne typen omsorgssvikt. Man vil gjerne distansere seg fra virkeligheten om at dette faktisk skjer i flere hjem enn vi ønsker å tro. Det er viktig å være bevisst på at barn også kan gi vage signaler, og at slike signaler ikke nødvendigvis trenger å være tegn på seksuelle overgrep eller omsorgssvikt. Det er nettopp det som gjør identifisering vanskelig, og at et helhetlig perspektiv er nødvendig for å vurdere situasjonen.

Legevakthåndboken (2018) presenterer differensialdiagnoser rundt omsorgssvikt og barnemishandling. Dette vil bidra til å øke bevisstheten om vage signaler og dens betydning, slik som beskrevet i avsnittet over. Differensialdiagnoser som blir beskrevet er sykdommer som gir økt blødning- og bruddtendens, og skader forårsaket av uhell. Håndboken bekrefter videre kjennetegn som barnets følelsesmessige reaksjon, ustelt utseende og dårlig språk. Fysisk mishandling som brudd, brannskader, hodetraume, abdominaltraumer, bløtdelslesjoner og blåmerker blir også beskrevet. Misforhold mellom skadene til barnet og sykehistorien, samtidig som at det søkes hjelp lang tid etter skaden oppstod, bør vekke tanken om omsorgssvikt. Legevakthåndboken kan ses i sammenheng med sykepleiers kunnskap om system, da aktiv bruk av håndboken kan bidra til økt kompetanse. Flere av artiklene presenterer også disse tegnene, men ingen av artiklene skriver om dette med differensialdiagnoser. Vi tror det er viktig at sykepleier er bevisst på differensialdiagnoser, slik at man ikke ser seg blind på tegn på omsorgssvikt. Som nevnt tidligere er det dermed viktig med helhetlig kartlegging.

5.2.3 Kjennskap om ytre rammer og føringer

Som beskrevet i teorikapitlet er sykepleiers funksjoner mangfoldige og innebærer viktige samfunnsoppgaver. Sykepleiere møter mennesker med behov på alle områder av helsetjenesten. Dermed er det viktig at sykepleier har handlingskompetanse (Grimsbø, 2017, s. 16). Sykepleier trenger kunnskap til å vurdere og handle ved mistanke om omsorgssvikt, blant annet å dele bekymringen med annet helsepersonell, sende bekymringsmelding og “stille indirekte og direkte spørsmål til familien” (Grønseth & Markestad, 2019, s. 45). Vi tenker det er viktig at hver og en sykepleier er klar over hva sykepleiefaget innebærer, og ansvaret som dette medfører.

Flere av artiklene legger frem at egne system og bedre opplæring er nødvendig. I studien til Lines et al. (2018) presenteres det at barnemishandling og forsømmelse er et globalt folkehelseproblem. Aktiv trening rundt intervensjon og bruk av programhåndbok kan øke kunnskap til sykepleier. I studien til Hoedeman et al. (2021) etterlyses det standardiserte varslings- og registreringssystem og bedre opplæringsprogram. Egen erfaring fra praksis er at det blir brukt egne kartleggingsskjema hvis pasienter har barn under 18 år som pårørende. Dette for å kartlegge hvordan situasjonen rundt barnet er. Erfaringene våre er at personell uttalte at de var usikre i håndtering av slike skjema. Utover disse skjemaene har vi ingen

erfaring med bruk av programhåndbok eller opplæringsprogram i praksis, og har inntrykk av at det er lite fokus rundt temaet.

I Norge har helsepersonell opplysningsplikt og meldeplikt til barnevernet ved mistanke om at barn blir mishandlet eller utsatt for alvorlig omsorgssvikt (Molven, 2017, s. 207). Vi tenker det er viktig å ha konkret lovgivning som gir tydelige retningslinjer for varsling. Samtidig må loven tolkes, og det kan finnes gråsoner som kan være vanskelige for sykepleiere å vurdere. I studien til Thorvaldsen og Kirchhoff (2017) svarte 7 av 17 sykepleiere at de ikke varslet ved mistanke. Hvordan sykepleier håndterer situasjonen henger tett sammen med kunnskap. Denne studien bekrefter denne sammenhengen. Dermed tenker vi at vi må tilstrebe at alle sykepleiere har samme kunnskap om lovverk og system, slik at alle pasienter blir møtt med samme kompetanse. Med andre ord tenker vi det ikke må være personavhengig om omsorgssvikt blir oppdaget.

Tall viser at helsepersonell melder for sjelden til barnevernet. I 2016 rapporterte leger, tannleger og sykehus 7% av alle meldinger, og helsestasjon rapporterte 5% av alle meldinger til barnevernet. Ser man i det store bildet, kan det tenkes at dette er for lave tall ut fra hvor mange barn helsepersonell kommer i kontakt med. Homlong et al. (2019) tar også opp spørsmålet “Hva betyr grunn til å tro?” (Homlong et al., 2019, s. 2). Det kan tenkes at helsepersonell er usikre og redde for å gjøre feil i henhold til lovverk. De har gjerne lite kunnskap om hva ordlyden i lovverket betyr i praksis. Vi tenker at lovverkets formulering “grunn til å tro” (Helsepersonelloven, 1999, §33) bør være en trygghet for sykepleier, da en nødvendigvis ikke trenger et håndfast bevis. På andre siden viser resultatene fra studien til Thorvaldsen og Kirchhoff (2017) at majoriteten av sykepleierne hadde kunnskap og tiltro til barnevernet, og ikke frykt for konsekvensene ved varsling. Denne studien ble utført av 24 sykepleiere ved to legevakter i Østfold. Det kan dermed tenkes at sykepleiere på legevakt har mer erfaring med varsling, og står overfor flere situasjoner der de får trent opp den kompetansen. Dermed kan det diskuteres om Thorvaldsen og Kirchhoff (2017) sine resultater kan relateres til resten av helsevesenet, som for eksempel en vanlig sengepost på sykehuset.

Martinsen (2012, s. 75) forteller i boken “Omsorg, sykepleie og medisin” at omsorgsarbeidet i sykepleie krever kunnskap om organisasjon. Slik oppfattes det at kunnskap om lover, retningslinjer, varsling og tverrfaglig samarbeid kan bidra til helhetlig pleie og dermed økt omsorg for den svake. I tillegg til at hver enkelt sykepleier må ha kunnskap om

organisasjonen, vil vi si at dette er et ledelsesansvar. Leder har ansvar for at sykepleierne i virksomheten har tilstrekkelig kunnskap for å kunne avdekke omsorgssvikt, og at klare retningslinjer er tilgjengelig. Som nevnt tidligere kommer Hoedeman et al. (2021) frem til at flere sykehus i Europa ikke hadde tilstrekkelige prosedyrer og system for varsling.

Både studien til Söderman & Jackson (2011) og Lines et al. (2018) presenterer i resultatene at godt samarbeid mellom ulike yrkesgrupper er en viktig ressurs. Kunnskap om sykepleiers rolle i varslingssystemet er dermed av betydning, for eksempel ved bekymringsmelding til barnevernet. Aasland (2014, s. 124) presenterer at en bekymringsmelding skal fortelle hva som antyder, og hva som ikke antyder til omsorgssvikt. Det skal ikke komme frem sykepleiers egen vurdering eller tanke. En slik forståelse kan gjøre jobben lettere for sykepleier. Sykepleiers oppgave er ikke å vurdere eller fastslå om det er omsorgssvikt. I studien til Homlong et al. (2019, s. 1) kommer det frem at sykepleier må ha kunnskap om informasjonsutveksling og samarbeid mellom ulike yrkesgrupper. Dette for lettere å kunne avdekke omsorgssvikt hos barn. For at barnevernet skal kunne hjelpe, er de avhengige av opplysninger fra andre.

5.2.4 Kari Martinsens omsorgsfilosofi og Levinas' etikk

Avslutningsvis vil vi se resultatene i nytt lys av Kari Martinsens omsorgsfilosofi og Levinas' etikk. Som beskrevet i teorikapitlet forteller både Martinsen og Levinas om ansvarlighet i møte med den andres ansikt. Martinsen sier "Den andres ansikt gjør meg ansvarlig ... (Brinchmann, 2017, s. 115), samtidig som Levinas forteller at "Ens reaksjon på ansiktet er et svar. Ikke bare et svar, men et ansvar" (Brinchmann, 2017, s. 119). Med dette forstår vi at sykepleier har et ansvar for det sårbare barn og deres uttrykk. I likhet med funnene i resultatdelen, presiserer de at vi må ha kunnskap om gjenkjennelse. Dessuten tolker vi at begrepet ansvar krever kunnskap om system. Det kan være vanskelig å ta ansvar hvis en ikke har kunnskap om lovverk og varsling. Å kunne tolke et ansikt er viktig i møtet med barnet, da funn fra resultatene viser at barn lettere uttrykker seg gjennom kroppsspråk og atferd (El-Radhi, 2015).

For å kunne se den andres ansikt må sykepleier benytte seg av sanser og faglig skjønn. Å forstå det en ser, krever som beskrevet i resultatene, kunnskap og erfaring (Söderman & Jackson, 2011). Samtidig kan praktisk-moralsk handlingsklokskap og personorientert

profesjonalitet ses i lys av sykepleiers evne til å vurdere den enkelte situasjon. Alvsvåg (2013, s. 188-189) skriver at vi må være tilstedeværende i situasjonen, og kan ikke la sansingen gå tapt til vitenskapen. På tross av at kunnskap og teknologi stadig utvikles, må man aldri glemme det sansende og menneskelige aspektet i sykepleieutøvelse. Vi tenker at å bruke sansene innebærer ikke bare å se, men å bruke hele deg med følelser og intuisjon i møte med barnet. Det vil ikke alltid være en fasit eller mal på hvordan sykepleier skal gå frem, derfor tenker vi at sanser og faglig skjønn er fundamentet i god sykepleieutøvelse.

Martinsen skriver om sårbarhet. Vi har ut fra resultatene lært at livet er sårbart og tilfeldig, *“Det kunne like gjerne vært deg”* sier Martinsen i Grimsbø (2017, s. 18). Vi kobler tilfeldighet spesielt sammen med risikofaktorer, da det er tilfeldig hvilke foreldre du har. Samtidig kan risikofaktor hos barnet, som for eksempel kronisk sykdom eller lærevansker, også være tilfeldig og medfødt. Det vil være tilfeldig hvilken sykepleier barnet møter på, men på tross av dette må vi tilstrebe ved hjelp av kunnskap, at det ikke er tilfeldig om situasjonen blir tatt hånd om.

Til tross for at vi er kjent med lovverket og bevisst vår ansvar, tror vi at det å varsle om omsorgssvikt ofte kan innebære etiske utfordringer. På ene siden sier lovverket at man kun må ha *“grunn til å tro”* for å varsle, og trenger dermed ikke et håndfast bevis. Mens på andre siden tror vi at sykepleier i mange tilfeller har utfordringer med å stole på egen intuisjon, og kanskje er redd for å varsle hvis mistanken ikke stemmer. Sykepleier havner da i et etisk dilemma med seg selv og egne følelser. Dette kommer også frem da Martinsen skriver at *“Sykepleiers undrende og sansende nærvær settes på prøve i de mange kompliserte situasjoner de er involvert i, og den mottakende, takkende holdning for det pasienten gir, kan synes fjern”* (Martinsen, 2012, s. 45). Å stå i situasjoner der en mistenker omsorgssvikt kan oppleves komplisert. Som Martinsen forteller blir sykepleier satt på prøve, og vi tror at flere sykepleiere kan glemme den viktige nøkkelrollen de har i slike situasjoner. I tillegg, kan en travel hverdag føre til at temaet mister fokus.

Oppsummert har vi lært at Levinas´ etikk og Martinsen sin omsorgsfilosofi er en viktig grunnlagstenkning å ha med seg i utøvelse av sykepleie. Vi opplever disse filosofene svært relevante for vår problemstilling. Teoriene til Martinsen og Levinas har løftet funnene fra resultatdelen vår. Vi har lært at på den ene siden må du bruke sanser og faglig skjønn for å se ansiktet. På den andre siden må du ha kunnskap til å forstå det du sanser. Samtidig har vi lært

betydningen av å se med hjertets øye og den makten dette medfører. “Når en ser med hjertes øyet, er øyet sjelens (og kroppens) speil” (Martinsen, 2008, s. 20). Med dette tolkes det at øyet i seg selv ikke gjør en forskjell. Det er først når du er oppmerksom på det du ser, at du får en makt til å gjøre en forskjell. Med dette tror vi at oppgaven gir oss økt kunnskap og en helhetlig forståelse. Slik kan vi møte barnet på en verdig måte.

6.0 ANVENDELSE AV RESULTATENE I PRAKSIS

Gjennom forskningsarbeidet viser resultatene fra oppgaven at sykepleier trenger kunnskap om risikofaktor, gjenkjennelige tegn på omsorgssvikt og kunnskap om ytre rammer. Dette for å klare å identifisere omsorgssvikt hos barn. Sykepleiers funksjon er blant annet helsefremming, forebygging og behandling, i dette inngår også ivaretagelse av barn.

Resultatene fra oppgaven kan gi sykepleiere økt kunnskap om hvilken kompetanse de trenger for å avdekke omsorgssvikt. Vi har inntrykk av at kunnskapen blant sykepleiere ikke er tilstrekkelig på dette fagområdet, og at vi i fremtiden må ha enda mer fokus på dette. Vi opplever som Thorvaldsen og Kirchhoff (2017) at det er lite forskning på kunnskap om hvordan sykepleiere i Norge håndterer omsorgssvikt.

Vi vil ut fra resultatene presentere noen forbedringspunkter som kan anvendes i praksis.

- Klare retningslinjer og prosedyrer. Dette vil ifølge resultatene redusere sykepleiers usikkerhet og bidra til at det blir varslet når det trengs. Det vil også fungere som et støtteverktøy for sykepleier og bør ses i sammenheng med hele situasjonen. I møte med barn i helsetjenesten bør slike retningslinjer være i fokus uavhengig om barnet opplever omsorgssvikt.
- Veilednings- og refleksjonsgrupper. Dette vil bidra til å kunne dele erfaring og kunnskap i personalgruppen. Gruppen bør være preget av respekt og åpenhet, slik at sykepleiers følelser kan bli møtt. Sykepleier vil på den måten klare å håndtere egne følelser bedre. Vi foreslår at dette skjer regelmessig, da noen kan oppleve det vanskelig å selv ta initiativ til slik refleksjon.
- Større fokus i utdanning. Vi erfarer at temaet har lite fokus i sykepleierutdanningen. Mange opplever at dette problemet er mer sentralt for yrkesgrupper som lærere, barnehagelærere og barnevernet. Derimot viser resultater fra oppgaven vår at sykepleier også må ha mer kunnskap om temaet.

- Simulering. Vi tror det kan være nyttig å øke sykepleiers kunnskap gjennom simuleringssituasjoner. Forskning og egen erfaring viser at man lærer best av praktisk tilegning av kunnskap. Vi foreslår simulering som læringsmetode både i utdanning og på relevante arbeidsplasser. Dermed håper vi at dette vil øke kompetansen til sykepleiere i møte med risikoutsatte barn og barn som opplever omsorgssvikt.

7.0 LITTERATURLISTE

Aasland, M. W. (2014). *Si det til noen: en bok om seksuelle overgrep mot barn og unge* (3. utg.). Cappelen damm akademisk.

Alvsvåg, H. (2013). Innsiktsbasert profesjonell praksis bør erstatte kunnskapsbasert praksis. I Alvsvåg, H., Bergland, Å. & Førland, O. (Red.), *Nødvendige omveier. En vitenskapelig antologi i Kari Martinsens 70-årsdag* (s. 185-199). Cappelen Damm akademisk.

Barnevernloven. (1992). Lov om barneverntjenester (LOV-1992-07-17-100). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/1992-07-17-100>

Brinchmann, S. B. (Red.). (2017). *Etikk i sykepleien* (4. utg.). Gyldendal akademisk.

Caneira, L. & Myrick, K. M. (2015). Diagnosing child abuse: the role of the nurse practitioner. *The journal of nurse practitioner*, 11(6), 640-646. DOI:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nurpra.2015-03.017>

Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.

Ellington, E. (2017). Psychiatric nursing's role in child abuse. *Journal of psychosocial nursing*, 55(11), 16-20. DOI: [10.3928/02793695-20171016-04](https://doi.org/10.3928/02793695-20171016-04)

El-Radhi, A. S. (2015). Safeguarding the welfare of children: what is the nurse's role? *British Journal of Nursing*, 2015, Vol 24, No 15. DOI: [10.12968/bjon.2015.24.15.769](https://doi.org/10.12968/bjon.2015.24.15.769)

Elstad, I. (2014). *Sjuepleietenking*. Gyldendal akademisk.

Folkehelseinstituttet. (2019, 25. juni). *Ett av fem barn blir slått, kløpet eller lugget*.
<https://www.fhi.no/nyheter/2019/vold-barn/>

Forskning (2021, 7. januar). *Mishandling av barn fanges ikke opp under pandemien*. Hentet 25. mars 2021 fra: <https://forskning.no/barn-og-ungdom-ntb-vold/mishandling-av-barn-fanges-ikke-opp-under-pandemien/1794801>

Friberg, F. (Red.). (2017). *Dags för uppsats* (3. utg). Studentlitteratur AB, Lund.

Grimsbø, G. H. (Red.). (2017). *Grunnleggende sykepleie: pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg). Gyldendal akademisk.

Grimsbø, G. H. (Red.). (2017). *Grunnleggende sykepleie: sykepleie - fag og funksjon* (3. utg). Gyldendal akademisk.

Grønseth, R. & Markestad, T. (2019). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (4. utg). Fagbokforlaget.

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/NL/lov/1999-07-02-64>

Hoedeman, F., Puiman, P. J., Smits, A. W., Dekker, M. I., Diederich-Lolkes de Beer, H., Larbi, S., Lauwaert, D., Oostenbrink, R., Parri, N., Garcia-Castrillo Riesgo, L. & Moll, H. A. (2021). Recognition of child maltreatment in emergency departments in Europe: Should we do better? *PLoS ONE*, 2021, 16(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246361>

Homlong, E., Fredheim, G. & Knudsen, H. (2019). Helsepersonell har plikt til å melde til barnevernet. *Tidsskriftet. Den Norske legeforening*. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0276

Kvello, Ø. (2011). *Barn i risiko. Skadelige omsorgssituasjoner* (1. utg.). Gyldendal akademisk.

Legevakthåndbok (2018). *Omsorgssvikt og barnemishandling*. Oversikt: https://www.lvh.no/skader/vold_og_seksuelle_overgrep/overgrep/omsorgssvikt_og_barnemishandling

Lie, F. (2021, 16. mars). *Bekymret for barna i hovedstaden: - Sviktet brutalt sist*. Tv2.

<https://www.tv2.no/nyheter/13890936/>

Lines, L., Grant, J. & Hutton, A. (2018). How do nurses keep children safe from abuse and neglect, and does it make a difference. A scoping review. *Journal of pediatric nursing*, 2018 (43), s. 75-84. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.07.010>

Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Akribe AS.

Martinsen, K. (2012). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Akribe AS.

Martinsen, K. (2008). *Øyet og kallet* (3. utg). Fagbokforlaget.

Nordhaug, I. (2018). *Kva ser vi, kva gjer vi*. Fagbokforlaget.

Pettersen, P. F. (2021, 30. mars). Stadig flere barn og unge trenger psykisk helsehjelp: - Økning i volds- og overgrepssproblematikk. *Stavanger Aftenblad*, s. 6-7.

Semegprosjektet. (2013, 14 .august). *Se meg - vær min ene*.

<https://semegprosjektet.wordpress.com/2013/08/14/du-kan-gjore-en-forskjell/>

Söderman, A. & Jackson, K. (2011). Barn som far illa i sin hemmiljö - BVC-sjuksköterskors opplevelser av att möta och hjälpa barnen. *Vard i Norden*, 31(4), s. 38-42. DOI:

<https://doi.org/10.1177/010740831103100408>

Thorvaldsen, I. R. & Kirchhoff, J. W. (2017). Se tegnene på omsorgssvikt! *Sykepleien*, 2017, 105(1), 50-53. DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.59740>